

Hanna Tapanainen ja Tiina Merivuori

Kohti parempaa astman hoitoa – perusterveydenhuolto merkittävässä roolissa

Hengitystieoireet ovat tavallinen syy ottaa yhteyttä terveydenhuollon palveluihin. Astma on yksi yleisimmistä kansantaudeistamme. Astman mahdollisuutta tulee epäillä, kun potilas kärsii toistuvista hengitystieinfektioista tai kun yskä pitkittyy nuhakuumeen jälkeen. Perusterveydenhuollon lääkärit ja hoitajat ovat etulinjassa astmaepäilyn herättämisessä ja näiden potilaiden löytämisessä. Valtaosa aikuisista astmapotilaista on terveyskeskusten ja työterveyshuollon hoidossa. Vuosien 1994–2004 astmaohjelman pohjalta nimettiin astman vastuulääkäreitä sairaanhoitopiireihin ja astmayhdysenkilöitä perusterveydenhuoltoon. Perusterveydenhuollon vastuulle on sittemmin siirtynyt entistä vaativampien pitkäaikaissairauksien seuranta, eikä perusterveydenhuollon lääkärivaje ole tukenut hoidon jatkuvuutta. Uusien menetelmien käyttöönotto potilaiden ohjauksessa ja seurannassa voi säästää potilaiden ja henkilökunnan aikaa myös astman osalta.

Vuonna 2006 tehtyyn kyselytutkimukseen vastanneista 10 % ilmoitti sairastaneensa lääkärin toteamaa astmaa, ja esiintyvyyden on todettu lisääntyneen (1). Vuonna 2013 astmalääkkeiden erityiskorvattavuuteen oli oikeutettu 4,2 % väestöstä (2). Taannoisessa kyselytutkimuksessa 66 % tutkimukseen osallistuneista suomalaisista oli kokenut mitä tahansa hengitystieoireita. Tästä joukosta 19 % oli käynyt lääkärin vastaanotolla hengitystieoireittensa vuoksi ja 8,8 % joutui sairaalahoitoon vuoden aikana. Vastaavasti astmankaltaisia oireita (aamu- tai yöyskää, hengityksen vinkunaa, limannousua tai hengenahdistuskohtauksia) oli kokenut 14–39 % (3). Useisiin ammatteihin liittyy työperäistä altistumista ja lisääntynyt astman puhkeamisriski. Työterveyshuollolla on tärkeä osa näiden henkilöiden seurannassa ja astman ehkäisemisessä (4).

Diagnostiikka perusterveydenhuollossa

Aikuisten astman diagnoosi perustuu tyypillisiin oireisiin ja vaihtelevan tai lääkityksellä laukeavan keuhkoputkien ahtautumisen osoittamiseen keuhkojen toiminnan tutkimuksilla

(**TAULUKKO**) (5,6). Astman diagnostiset spirometrian ja uloshengityksen huippuvirtauksen (PEF) seurannan kriteerit on kuvattu tarkemmin Käypä hoito -suosituksessa sekä viime vuonna Suomen Lääkärilehdessä julkaistussa katsauksessa (6,7).

TAULUKKO. Astman diagnostiset löydökset spirometriassa ja PEF-seurannassa.

Aikuisilla ja yli seitsemänvuotiailla lapsilla yksi tai useampi seuraavista:

1. PEF-seurannassa kahden viikon aikana vähintään kolme kertaa merkitsevä bronkodilataatiovaste vähintään 60 l/min ja 15 %.
2. PEF-seurannassa kahden viikon aikana vähintään kolme kertaa merkitsevä vuorokausivaihtelu 60 l/min ja 20 %.
3. Spirometriassa merkitsevä bronkodilataatiovaste eli FEV₁- tai FVC-arvon paraneminen vähintään 200 ml ja 12 %.
4. Glukokortikoidihoitokokeen myötä spirometriassa FEV₁-arvo paranee vähintään 15 %.
5. Glukokortikoidihoitokokeen myötä keskimääräinen PEF-arvo paranee vähintään 20 %, kun sitä verrataan 3–5 päivää ennen hoitoa ja hoidon jälkeen.

Astmalääkityksen erityiskorvattavuuteen oikeuttavat astman diagnostisten kriteerien täyttyminen ja vähintään kuusi kuukautta kestänyt ja edelleen jatkuva säännöllinen keuhkoputkien tulehdusta vähentävä lääkitys.



Oireet voivat olla hyvin samankaltaisia, jolloin erottavia tekijöitä ovat kuitenkin astmaoireiden kohtauksittaisuus sekä keuhkoastmataudin oireiden hitaampi eteneminen ja jatkuvampi oireilu (5,9).








Aina astmaa ja keuhkoastmatautia ei voida täysin erottaa toisistaan, eikä niiden samanaikainen esiintyminen ole harvinaista (5,9). Spirometriassa todetun palautumattoman ahtauman taustalla voi olla vuosien ajan riittämättömästi hoidettu astma kuin nuoruusiässä astmaan sairastuneen pitkään jatkunut tupakointi. Jos potilaan taudinkuvassa vaikuttaa olevan selviä piirteitä jo astmasta että keuhkoastmataudista, on molemmat huomioitava hoidossa. Osalla keuhkoastmatautipotilaista esiintyy merkitsevää bronkodilataatiovastetta ja hyperreaktiivisuutta, ja osa hyötyy myös hengitettävästä glukokortikoidista (9). Molempia tauteja sairastavilla vaikuttaa olevan huonompi ennuste, enemmän oireita ja pahenemisvaiheita kuin vain toista sairastavilla (10).

Muita erotusdiagnooseja

Yskää ja limannousua voivat aiheuttaa myös refluxitauti, allerginen tai muu krooninen nuha, bronkiektasiatauti, keuhkosityöpä tai tuberkuloosi. Hengenahdistusoireen taustalla saattaa olla sydämen vajaatoiminta, toiminnallinen äänihuulisalpaus tai hyperventilaatio. Hyvä anamneesi on tärkeä, ja astmaa epäiltäessä erotusdiagnostiseksi tutkimukseksi suositellaan ainakin sydän-keuhkokuva. Tarkemmat kuvantamistutkimukset ja astmaan liittyvän hyperreaktiivisuuden tai eosinofilisen tulehduksen tutkiminen kuuluvat erikoissairaanhoidon (6,11).

Hoidon tavoitteet

Astman hoidon tavoitteena on oireiden hyvä hallinta ja pahenemisvaiheiden ehkäiseminen (5,6). Kun astma on hyvässä hallinnassa, se ei rajoita työkykyä tai harrastuksia. Tällöin astmaoireita tai kohtauslääkkeen tarvetta ei esiinny öisin, ja päiväaikaankin vain harvoin,

Ajansäästö		Kustannusten säästö	
Hoito- henkilökunta	 Hoitajat 410 htp (29 %) Lääkärit 1 500 htp (27 %)	Kunnat	 3 000 000 € (20 %)
Potilaat	 Työikäiset 7 900 h (15 %) Yli 65-vuotiaat 8 800 h (10 %)	Potilaat	 500 000 € (12 %)
		Yhteensä	3 500 000 €
Ympäristövaikutukset			
			
- 25 000 kg (12 %)	Muovijäte - 3 200 kg (99 %)	Energiansäästö - 97 000 kWh (12 %)	

KUVA 2. Hämeenlinnan potilastietojärjestelmän otannan perusteella arvioidut sähköisten mittareiden mahdollisesti tuomat säästöt turhien käyntien määrässä ja hoitohenkilökunnan työajassa. Malli skaalattiin Hämeenlinnan lukujen pohjalta koko Suomen astmapotilaita koskevaksi arvioksi. Nordic Healthcare Group (NHG) laski data-analyysin pohjalta myös edellä mainittujen säästöjen rahalliset vaikutukset. Gaia Consulting Oy tuotti NHG:n laskennan pohjalta mallin, jolla voitiin mallintaa sähköisen palvelun taloudellisia, yhteiskunnallisia ja ympäristövaikutuksia. Prosenttiosuudet ilmoitettu osuutena nykyisestä perusterveydenhuollon astmapotilaiden hoitoprosessiin kuluneista ajasta ja resursseista. htp = henkilötyöpäivä

Ydinasiat

- » Pääosa aikuisten astmasta todetaan ja hoidetaan perusterveydenhuollossa.
- » Astma on krooninen sairaus, jonka hoidossa ja seurannassa potilas tarvitsee tukea.
- » Ohjattu omahoito voi parantaa astman hallintaa, kunhan ohjaukseen varataan riittävästi aikaa ja resursseja.
- » Astman seurannan laatua ja resurssien riittävyyttä voidaan parantaa hyödyntämällä uusia digitaalisia menetelmiä.

keuhkojen toimintakokeiden tulokset ovat normaalit tai lähes normaalit eikä pahenemisvaiheita esiinny (5). Lääkehoidon tulee olla yksilöllisesti ja potilaslähtöisesti suunniteltua niin, että huomioon otetaan potilaan oireet, pahenemisvaiheiden riski ja historia, edellytykset lääkehoidon toteuttamiseen, lääkityksen teho ja mahdolliset haittavaikutukset sekä potilaan omat toiveet (5).

Lääkehoito

Inhaloitava glukokortikoidi on astman lääkehoidon perusta. Se on osoitettu tehokkaaksi jo pieninä annoksina oireiden hallinnan ja pahenemisvaiheiden estämisenkin kannalta (5). Jos inhaloitava steroidi ei yksinään riitä, lisätään sen rinnalle tarvittaessa muita lääkkeitä, joista tehokkain on pitkävaikutteinen inhaloitava keuhkoputkia laajentava beeta2-agonisti (6,7). Lievänkin astman hoidossa on osoitettu hyöty inhaloitavasta glukokortikoidilääkityksestä, jota voidaan käyttää myös jaksoittaisena hoitona oireisina aikoina (6).

Lääkitysvastetta tulee seurata sovitulla seurantakäynnillä. Samalla kysytään mahdollisista haittavaikutuksista. Lisälääkkeet, jotka eivät paranna astman hallintaa tai aiheuttavat hankalia haittavaikutuksia, tulee lopettaa. Vuoden 2019 kansainvälinen astmaraportti suosittelee, että inhaloitavaa steroidia ei kokonaan lopet-

taisi missään vaiheessa, ja ehdottaa satunnaisesti oireileville inhaloitavan steroidin käyttöä oireisiin yhdistettynä keuhkoputkia avaavaan lääkkeeseen (5). Tavoitteena on löytää kullekin potilaalle mahdollisimman yksinkertainen ja parhaiten sopiva lääkitys (5,6).

Lääkkeetön hoito

Astman hoitoon liittyvät olennaisina lääkkeetöminä hoitoina tupakoimattomuus, painon hallinta ja liikunnan lisääminen. Vähäinen fyysinen aktiivisuus on suomalaisessa seurantatutkimuksessa osoitettu itsenäiseksi keuhkojen toiminnan nopeamman heikkenemisen riskitekijäksi astman yhteydessä. Fyysisesti inaktiivisemmilla potilailla oli myös enemmän astmaan liittyviä oireita (12). Astmapotilasta tulee kannustaa päivittäiseen liikkumiseen. Tupakoimattomuutta ja normaalipainoon pyrkimistä tulee tukea kaikin tavoin. Apua saa terveyskeskusten ja työterveyshuollon painonhallinta- ja tupakastavieroitusryhmistä sekä esimerkiksi Terveyskylän Painonhallintatalosta.

Pahenemisvaiheet

Hyvästäkin hoidosta huolimatta pahenemisvaiheita saattaa ilmaantua esimerkiksi hengitystieinfektioiden yhteydessä. Pahenemisvaihe on merkki siitä, että astman hoidossa voi olla korjattavaa tai tehostettavaa. Akuuttihoitoon jälkeen tulee sopia seurantakäynti, jolla lääkäri ja potilas voivat yhdessä arvioida syitä astmatilanteen heikkenemiseen ja tarvittaviin toimenpiteisiin. Päivystysten keskittämisen myötä potilaat ottavat yhä useammin yhteyttä keskitettyyn yhteispäivystykseen, joka saattaa olla erikoissairaanhoidon toimintaa. Toimivat hoitoketjut korostuvat näissä tilanteissa. Perusterveydenhuollon seurantakäynnillä voidaan paneutua kiireistä päivystystilannetta syvällisemmin esimerkiksi lääkehoitoon sitoutumiseen tai muihin astmaa pahentaviin tekijöihin (13).

Seuranta

Astman seurantaa ja hoitajan tai lääkärin arviota suositellaan ainakin kerran vuodessa (6).

Hoitotasapainosta saadaan käsitys oireiden, astmatestin ja PEF-seurannan avulla. Astman hallintaa tulee arvioida muissakin hoitokontakteissa, akuutisti pahentuneiden oireiden ja pahenemisvaiheiden lisäksi myös astmalääkerekseptiä uusittaessa (5,6).

Säännöllisen inhalaatiolääkityksen toteuttaminen on potilaalle usein vaativaa. Potilasta tulee pyytää näyttämään, miten hän lääkeinhalaattoriaan käyttää, kertomaan milloin ja kuinka usein hän lääkkeitään ottaa sekä yhdessä pohtia keinoja, joilla lääkitykseen sitoutumista voitaisiin parantaa. Potilaan ajatuksia astmalääkkeiden pitkäaikaisen käytön vaikutuksista tulee kuunnella ja perusteettomia huolia hälvittää (14).

Seurantakäynneillä tulee kiinnittää huomiota myös astman liitännäissairauksiin (allerginen tai muu krooninen nuha, refluksitauti, uniapnea, lihavuus, ahdistus ja masennus). Liitännäissairaudet huonontavat astman hallintaa, lisäävät astman oireita ja pahenemisvaiheita sekä heikentävät elämänlaatua (5).

Omahoito

Ohjatun omahoidon on osoitettu vähentävän päivystyskäyntejä, parantavan astman hallintaa ja astmapotilaan elämänlaatua sekä olevan kustannustehokasta. Omahoidon ohjauksen tulee olla yksilöllistä ja sisältää potilaan perehdyttämistä astman mekanismeihin, hoidon tavoitteisiin ja seurannan merkitykseen kroonisen sairauden kannalta. Potilaalle tulee korostaa hoitavan ja kohtauslääkkeen eroa sekä säännöllisen lääkityksen merkitystä (15).

Omahoidossa potilasta opetetaan tunnistamaan astmaoireensa ja ennakoimaan tilanteet, joissa oireet lisääntyvät. Potilasta opetetaan hyödyntämään PEF-mittauksia oman tilansa seuraamisessa. Astmaa sairastavan tulisi tietää oma hyvä PEF-arvotasonsa, ja ohjauksessa tulee käydä läpi keinot reagoida oireiden lisääntymiseen ja PEF-arvojen pienenemiseen pahenemisvaiheiden estämiseksi (16). Astmaa sairastavalla potilaalla tulee olla kirjallinen omahoito-ohje pahenemisvaiheiden varalle (5,6,15).

Omahoidossa ja sen ohjauksessa voidaan käyttää apuna sähköisiä materiaaleja, esimer-

kiksi Terveyskylän, Terveyskirjaston ja potilasjärjestöjen internetsivuja. Astman ja allergisen nuhan hoidon omaseurantaan on tarjolla mobiiliuotteita, joiden avulla potilas voi seurata vointiaan ja reagoida muutoksiin (17). Lääkkeenottotekniikan ohjaamisessa kannattaa hyödyntää apteekkihenkilökunnan osaamista ja sähköisiä materiaaleja. Apteekkariliiton nettisivuilta ja Duodecimin Omahoito-palvelusta löytyy videoita oikeasta inhalaattorin käytöstä (18).

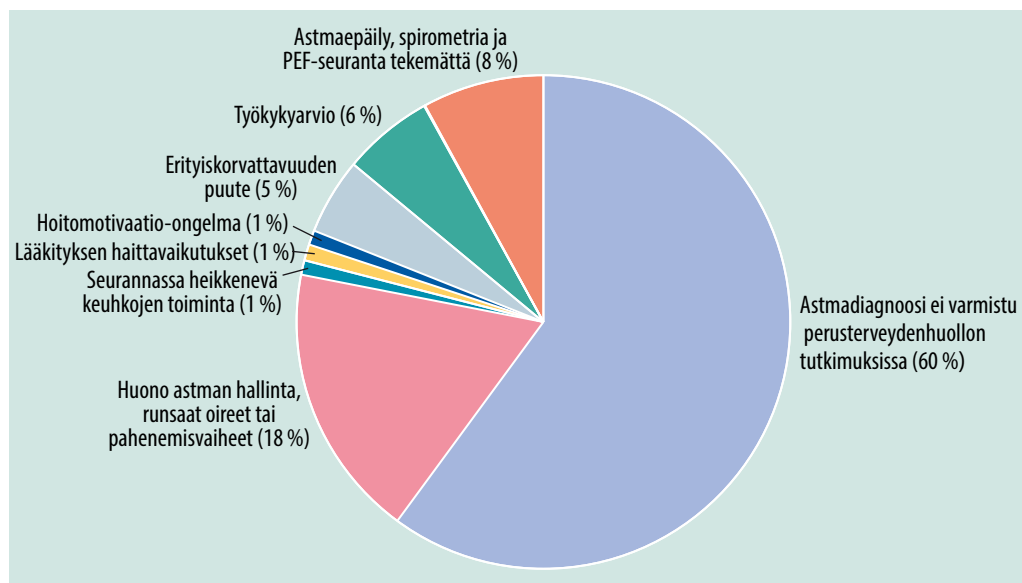
Ennuste

Astma ei ole vain yksi sairaus, vaan siinä on todettu eri fenotyyppisiä, jotka poikkeavat ennusteeltaan ja hoitovasteeltaan (19). Esimerkiksi lapsuusiässä alkavaan allergiseen astmaan saadaan inhaloitavalla steroidilla yleensä hyvä hoitovaste. Tähän verrattuna aikuisiässä alkanut astma on ennusteeltaan, lääkivasteeltaan ja liitännäissairauksiltaan monimuotoisempi kokonaisuus, jossa saavutetaan harvoin remissiota.

Suomalaisessa seurantatutkimuksessa todettiin vain 3 %:n aikuisiässä astmaan sairastuneista saavuttavan remission ja suuren osan potilaista kärsivän jatkuvista oireista. Kahdella kolmesta potilaasta astma oli huonosti tai vain osittain hallinnassa kahdentoista vuoden kulluttua diagnoosin toteamisesta. Huonompaa astman hallintaa ennustivat diagnoosihetken ylipaino, runsaampi ja pitempään kestänyt tupakointi sekä diagnoosihetkellä huonompi keuhkojen toiminta. Krooninen nuha oli myös huonomman astman hallinnan riskitekijä (20).

Hoitoketjut

Astmaohjelman myötä kehitettiin alueellisia astman hoitoketjuja, joissa sovittiin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon työnjaosta (21). Terveysportista löytyvät linkit kymmeneen alueelliseen aikuisten astman hoitoketjuun, joiden lisäksi useilla alueilla on julkaistu lasten astman hoitoketjuja (22). Hoitoketjut vaihtelevat lyhyistä sovitun työnjaon yhteenvedoista yksityiskohtaisempiin selainpohjaisiin hoitokarttoihin, joihin on voitu liittää linkkejä potilasohjeisiin ja lomakkeisiin. Osa



KUVA 3. Sadan peräkkäisen Hyvinkään sairaalan keuhkopoliklinikkaan osoitetun astmalähteen otos jaettuna lähetetextissä ilmenneen erikoissairaanhoidon lähettämisen syyn mukaan. Alueellisessa hoitoketjussa oli sovittu seuraavat erikoissairaanhoidon lähettämisen aiheet: astmaan viittaavat oireet, mutta diagnoosi ei varmistu PEF-seurannassa tai spirometriassa; astman huono hallinta; seurannassa huononeva keuhkojen toiminta; lääkehaitat; potilaan huono hoitomotivaatio tai työkykyarvion tarve. Erityiskorvattavuuden puute ei kuulunut sovittuihin läheteaiheisiin. Läheteistä 87 % läheteistä kuului hoitoketjussa sovittuihin läheteaiheisiin ja 8 % tehti pelkän astmaepäilyn perusteella ilman PEF-seurantaa ja spirometriaa.

hoitoketjuista on julkaistu yleisölle avoimilla internetsivuilla, esimerkiksi Hyvinkään sairaanhoitoalueen astman hoitoketju (23).

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisen työnjaon osalta eri hoitoketjut ovat varsin yhteneviä toistensa ja sosiaali- ja terveysministeriön kiireettömän hoidon kriteerien kanssa (24). Perusterveydenhuollon tehtäviin katsotaan astmaepäilyn herätessä kuuluvan diagnosointia (PEF-seuranta, spirometria) ja erotusdiagnosointia (muun muassa sydän-keuhkokuva, altistumisanamneesi). Lievän ja keskivaikean astman hoidon ja seurannan on sovittu tapahtuvan perusterveydenhuollossa.

Erikoissairaanhoidon tehtäviä ovat astmaepäilyn diagnostiset lisätutkimukset silloin, kun perustason tutkimukset jäävät löydöksiltään epävarmoiksi, sekä astman hoidon arviointi ja seuranta, jos astman hallinta on huonoa, pahenemisvaiheita esiintyy usein tai astma oireilee raskauden aikana. Erikoissairaanhoidon arvioi astmapotilaan siedätyshoitotarvetta ja tekee allergologisia tutkimuksia, työkykyarvioi-

ta ja ottaa kantaa muun muassa ammattiastmaepäilyyn, palveluskelpoisuuteen, ammatinvalintaan ja apuvälinetarpeeseen. Vaikean astman hoito on keskitetty erikoissairaanhoidon kansainvälisten hoitosuosituksen mukaisesti (11,25).

Toimiiko työnjako?

Hoitoketjut on todettu tehokkaiksi keinoiksi koordinoida astman hoitoa alueellisesti sovittuun työnjaon mukaan. Hoitoketjujen myötä on voitu vähentää päivystyskäyntejä ja vuodeosastohoittoa sekä erikoissairaanhoidon ajanvarauspoliklinikoiden kuormitusta (26,27). Oman otoksemme mukaan erikoissairaanhoidon lähettämässä pidettiin hyvin kiinni yhdessä sovituista kriteereistä (KUVA 3).

Päivystyskäyntien ja hoitojaksojen määrä vaihtelee huomattavasti alueellisesti, mikä saattaa heijastaa työnjaon ja hoitokäytäntöjen eroja eri sairaanhoitoalueilla. Aikuisista astmapotilaista terveyspalveluja käyttävät eniten yli

65-vuotiaat, joiden sairaalahoitajaksojen määrään voivat vaikuttaa perusterveydenhuollon palvelujen saatavuus, välimatkat, muut sairaudet ja erot diagnostiikassa ja läikehoitokäytännöissä (28).

Hoitoketjujen toiminnan kannalta on olennaista ylläpitää toimivaa yhteyttä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yksiköiden välillä. Astmaohjelman myötä Suomeen luotiin kattava astmayhdyshenkilöverkosto, jonka nykytilaa kartoitimme kansanterveystyön johtajaverkostolle huhtikuussa 2019 suunnatulla kyselyllä. Sähköpostikyselyllä pyydettiin lisäksi vastaajien arviota Käypä hoito-suosituksen mukaisen hoidon porrastuksen ja seurannan toteutumisesta.

Kyselyyn saatiin vastaukset vain yhdeksästä (9/20) sairaanhoidopiiristä, joten tulokset ovat suuntaa antavia. Astmavastuulääkärit oli nimetty yli puolessa vastanneista yksiköistä. Astmahoitajia tai ”hengityshoitajia” oli peräti 83 %:ssa. Hoidon porrastus toteutui vastaajien mielestä hyvin. Astman seurannan toteutumisen suurin osa arvioi toteutuvan vain osittain. Tähän vaikuttivat muun muassa kutsujärjestelmän puute ja vastaanottoaikojen riittämättömyys sekä se, että seurannan siirtyessä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon ilmeni katkoksia, kun seuranta-ajan varaaminen oli potilaan omalla vastuulla. Astman luonne kroonisena sairautena ei ole potilaille riittävän selvä eikä omaseuranta toteudu, jolloin seurantakäyntejäkään ei varata. Monisairaana potilaan astman seuranta saattaa jäädä vähälle huomiolle. Pitkäaikaissairauden hoidossa yhdessä laaditusta hoitosuunnitelmasta hyötyisivät myös astmaa sairastavat (29).

HANNA TAPANAINEN, ylilääkäri

HUS, Hyvinkään sairaala, Keuhkosairauksien vastuualue

TIINA MERIVUORI, vs. hallintoylilääkäri, ylilääkäri

KHKS, Perusterveydenhuollon yksikkö

TEEMAN ERIKOISTOIMITTAJAT

Heidi Avellan-Hietanen, Tuuli Heinikari ja Tiina Mattila

VASTUUTOIMITTAJA

Niina Matikainen

Lopuksi

Astman diagnostiikka, hoito ja seuranta ovat Suomessa suurelta osin perusterveydenhuollon vastuulla. Lievän ja keskivaikean astman osalta työnjako vaikuttaa toimivalta. Astman luonnetta pitkäaikaisena sairautena ja potilaan omaa vastuuta sairautensa seurannassa tulee korostaa. Astmaohjelmassa saavutetut hyvät tulokset ovat toistaiseksi säilyneet. Astmaohjelmasta on vierähtänyt kuitenkin jo lähes kaksi vuosikymmentä, ja uusi astmaa sairastavien ja heitä hoitavien terveydenhuollon ammattilaisten sukupolvi on syntynyt.

Terveydenhuollon rakenteiden muutoksissa on säilytettävä hyviä käytänteitä ja perintöä mutta myös kehitettävä uusia toimintatapoja. Kansanterveystyön johtajaverkostolle tehdyn kyselyn perusteella PEF-etämittauksia ei Kanta-Hämettä lukuun ottamatta juuri muualla käytetä. Toimintatavan käyttöönottoon sisältyy merkittäviä ajansäästön mahdollisuuksia ja PEF-seurannan laadun paranemista. Perusterveydenhuollon nykyisessä tilanteessa uusia keinoja seurantaan ja ohjaukseen kannattaa ottaa käyttöön helpottamaan ajan sekä resurssien riittämistä. ■

* * *

Kiitämme kollega Karri Lainetta arvokkaista kommentista käsikirjoitusvaiheessa sekä Kansanterveystyön johtajaverkoston jäseniä vastauksista kyselyymme.

SIDONNAISUUDET

Hanna Tapanainen: Korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Boehringer-Ingelheim, GSK, Mundipharma, Pfizer, Roche)

Tiina Merivuori: Ei sidonnaisuuksia

KIRJALLISUUTTA

1. Kainu A, Pallasaho P, Piirilä P, ym. Increase in prevalence of physician-diagnosed asthma in Helsinki during the Finnish Asthma Programme: improved recognition of asthma in primary care? A cross-sectional cohort study. *Prim Care Respir J* 2013;22:64–71.
2. Kankaanranta H, Tuomisto LE, Ilmarinen P. Age specific incidence of new asthma diagnoses in Finland. *J Allergy Immunol Pract* 2017;5:189–91.
3. Axelsson M, Lindberg A, Kainu A, ym. Respiratory symptoms increase health care consumption and affect everyday life – a cross-sectional population-based study from Finland, Estonia, and Sweden. *Eur Clin Respir J* 2016;3:31024.
4. Lindström I, Karvala K, Karjalainen J, ym. Altistuminen astmaa aiheuttaville tekijöille työssä Suositukset terveystarkastuksista Suom Lääkäril 2019;74:533–8.
5. Global strategy for asthma management and prevention. Global Initiative for Asthma 2018–2019 www.ginasthma.org.
6. Astma. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Keuhkolääkäriyhdistys ry:n, Suomen Lastenlääkäriyhdistys ry:n ja Suomen Kliinisen Fysiologian Yhdistys ry:n asettama työryhmä. Käypä hoito -suositus 2012 [päivitetty 24.9.2012]. www.kaypahoito.fi.
7. Pallasaho P, Pietinalho A. Aikuisten astman tutkimukset ja hoito perusterveydenhuollossa. *Suom Lääkäril* 2018;73:353–7.
8. Pietinalho A, Piirilä P, Poussa T, ym. Spirometriatutkimusten laatu on Suomessa jo hyvä – Valtakunnallisen kyselytutkimuksen tulokset. *Suom Lääkäril* 2010;65:3505–12.
9. Global strategy for the diagnosis management, and prevention of the chronic obstructive pulmonary disease, 2019 report. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2019. www.goldcopd.org.
10. Sin D, Miravittles M, Mannino D, ym. What is asthma-COPD overlap syndrome? Towards a consensus definition from a round table discussion *Eur Respir J* 2016;48:664–73.
11. Kilpeläinen M. Vaikean astman hoito – milloin erikoissairaanhintaan? *Suom Lääkäril* 2018;73:359–64.
12. Lopenen J, Ilmarinen P, Tuomisto LE, ym. Daily physical activity and lung function decline in adult-onset asthma: a 12-year follow-up study. *Eur Clin Respir J* 2018;5:1533753
13. Villa-Roel C, Nikel T, Ospina M, ym. Effectiveness of educational interventions to increase primary care follow-up for adults seen in the emergency department for acute asthma: a systematic review and meta-analysis. *Acad Emerg Med* 2016;23:5–13.
14. van Boven JFM, Ryan D, Eakin MN, ym. Enhancing respiratory medication adherence: the role of health care professionals and cost-effectiveness considerations. *Allergy Clin Immunol Pract* 2016;4:835–46.
15. Pinnock H, Parke HL, Panagioti M, ym. Systematic meta-review of supported selfmanagement for asthma: a healthcare perspective. *BMC Med* 2017;15:64.
16. Jartti T, Vanto T. Astmapotilaan on tärkeää tietää oma paras PEF-arvonsa. *Suom Lääkäril* 2010;65:1331–3.
17. Bousquet J, Bedbrook A, Czarlewski W, ym. Guidance to 2018 good practice: ARIA digitally-enabled, integrated, person-centred care for rhinitis and asthma. *Clin Transl Allergy* 2019;9:16.
18. 18. Annosteluvideot. Suomen Apteekkariliitto 2016. www.apteekki.fi/apteekin-neuvot/annosteluvideot.html.
19. Wenzel SE. Asthma: defining of the persistent adult phenotypes. *Lancet* 2006;368:804–13.
20. Tuomisto LE, Ilmarinen P, Niemelä O, ym. A 12-year prognosis of adult-onset asthma: Seinäjoki adult asthma study. *Respir Med* 2016;117:223–9.
21. Koskela K, Haahela T, Ahonen E, ym. Kansallinen astmaohjelma 1994–2004. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, työryhmuistioita 1994;16:1–62.
22. Astman hoitoketjut. www.terveysportti.fi.
23. Hyvinkään sairaanhoitoalueen hoitoketjut [verkkosivu]. www.hus.fi/ammattilaiselle/hoitoketjut/hyvinkaan_sairaanhoitoalue.
24. Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019. Helsinki Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2019:2. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4036-9>.
25. Difficult-to-treat & severe asthma in adolescent and adult patients. Diagnosis and management. A GINA pocket guide for health professionals, V2.0 April 2019. Global Initiative for Asthma 2019. www.ginasthma.org.
26. Haahela T, Pietinalho A, Tuomisto LE, ym. Suomalainen astmaohjelma 10 vuotta – suuri muutos parempaan. *Suom Lääkäril* 2006;61:4369–78.
27. Brander PE, Salinto S. Astman hoitoketju toimii edelleen hyvin. *Suom Lääkäril* 2009;64:712–8.
28. Kauppi P, Linna M, Hämäläinen P, ym. Astman sairaalahoito ja päivystyskäynnit laadun indikaattoreina *Suom Lääkäril* 2010;65:3497–502.
29. Winell K, Mikkola I, Kuronen R, ym. Hoitosuunnitelma yhteiseksi työkaluksi pitkäaikaissairauksien avohoitoon. *Suom Lääkäril* 2019;74:41–7.

SUMMARY

Towards better treatment of asthma – primary health care with a major role

Respiratory symptoms are a common reason for contacting health services. Asthma is a common disease and its prevalence is rising. The possibility of asthma should be suspected in patients with recurrent respiratory infections or in cases of prolonged coughing after the common flu. Primary health care has a major role in the diagnostics, treatment and follow-up of this disease. This article summarizes the assignment for primary health care in taking care of the asthma population. Introduction of new methods for instruction and follow-up of the patients may save time for both patients and staff, and lead to better asthma control.